

2 Tussen verbeteren en continu verbeteren

Een schets van de ontwikkeling van lean in de Nederlandse zorg

Jos Benders, Marlieke van Grinsven en Stefan Heusinkveld

Het is duidelijk dat ‘lean in de zorg’ in Nederland is aangeslagen. Maar hoe dit verspreidingsproces is verlopen en welke gebeurtenissen hierbij een rol speelden, is iets waar we nog geen goed zicht op hebben. Zo bleken sommige verandertrajecten doodlopend, terwijl andere nog steeds met veel enthousiasme worden voortgezet. Een beter begrip hiervan kan helpen bij de verdere inbedding en verspreiding van het lean gedachtegoed. Dit hoofdstuk heeft dan ook als doel om de verspreiding van lean in de Nederlandse zorg in de loop van de tijd te schetsen.

Een aantal zaken maakt het tot een uitdaging om hier eenduidige uitspraken over te doen. Zo verspreidt een idee zich op allerlei manieren en kan het min of meer gelijktijdig in verschillende organisaties ‘ontstaan’. En daarbij spreken we weliswaar vaak over de zorginstellingen die met lean aan de slag zijn gegaan, maar het idee komt binnen bij individuen en verspreidt zich doorgaans eerst op één of een beperkt aantal afdelingen. Bovendien is de term ‘lean’ multi-interpretabel: voor de één staat waardestromanalyse centraal, voor de ander continu verbeteren. Vandaar ook onze titel: ‘verbeteren’ staat voor een tijdelijk programma met eenmalige projecten, bij ‘continu verbeteren’ gaat het om een voortdurend verbeterproces dat nooit eindigt. En dan speelt nog dat lean om uiteenlopende motieven ingevoerd kan worden, wat van grote invloed zal zijn op het enthousiasme voor of de weerstand tegen het concept. Als ‘hindernissen op het werk verwijderen’ het motief is, zullen de meeste zorgprofessionals blij zijn met lean en intrinsiek gemotiveerd zijn om met lean aan de slag te gaan. Als het om puur bezuinigen gaat (‘lean & mean’), uiteraard niet.

We bestuderen ‘lean in de zorg’ als de activiteiten die zorginstellingen ontplooid hebben ‘onder de vlag van lean’. Ze zijn, of waren, dus ‘geïnspireerd door lean’ (‘lean inspired’), al kan die inspiratie in zeer uiteenlopende acties hebben geresulteerd. Bijzondere aandacht hebben we voor continu verbeteren c.q. het vergroten van het probleemoplossend vermogen. Die opvatting staat

immers centraal bij het netwerk Lean in de zorg (zie ook *Lean in de zorg; De praktijk van continu verbeteren*). Gegeven bovenstaande complicaties is onze reconstructie noodzakelijkerwijs beperkt.

De eerste ideeën en toepassingen

Mogelijk de eersten die in Nederland over de toepasbaarheid van 'lean production in de gezondheidszorg' publiceerden, waren Hoorn en Van Schaik (1994). Als toepassingsgebieden schetsten zij ketenzorg, procesgericht organiseren, verbeterde opleidingen inclusief aandacht voor kwaliteitsverbetering en marktgericht denken door patiënten te betrekken bij verbeteringen. Het lijkt er echter op dat hieraan nauwelijks navolging is gegeven, in ieder geval niet onder de term 'lean'. Die term was medio jaren negentig dan ook besmet geraakt met een negatieve bijklank als gevolg van de vele ontslagen en bezuinigingen die met 'lean' werden gelegitimeerd. 'Lean & mean' was een bekend begrippenpaar geworden, wat bepaald geen reclame voor lean betekende. Wel is het zo, dat men onderdelen van lean in de zorgpraktijk probeerde te brengen. Hoorn en Van Schaik noemen een procesgericht ontwerp in de oncologische zorg. Opvallende afwezigheid in het artikel van Hoorn en Van Schaik is continu verbeteren.

26

Hoorn en Van Schaik lijken hun tijd vooruit te zijn geweest. Of misschien beter: achteraf gezien bleek de tijd nog niet rijp voor hun suggesties. Zelfs Mark Graban, een internationale autoriteit op het terrein van 'lean health care', noemt als eerste hem bekende toepassing die in het Seattle Children's Hospital in 1996 (2012: 4). De latere conceptualisering van 'lean thinking' zal een rol hebben gespeeld bij de uiteindelijke doorbraak van het concept. In 1996 publiceerden Womack en Jones hun boek *Lean Thinking*, waarin ze de later bekend geworden vijf principes van lean benoemen:

1. definieer waarde vanuit het perspectief van de klant;
2. identificeer alle waardetoevoegende activiteiten en elimineer de overige;
3. koppel de waardetoevoegende activiteiten in een naadloze stroom;
4. laat de klant de waarde door het proces trekken ('pull');
5. verbeter het proces continu.

Deze stap van 'lean production' naar 'lean thinking' maakte dat de toepasbaarheid van lean aanzienlijk verbreedde. Het gedachtegoed werd abstracter en daarmee breder toepasbaar. Lean production wordt immers met de auto-industrie geassocieerd, terwijl lean thinking in alle sectoren toepasbaar is. Toen al wezen Womack en Jones op de mogelijkheden in de gezondheidszorg (1996: 289-290).

Vroege toepassingen

De eerste Nederlandse zorginstelling die met lean aan de slag ging was, voor zover na te gaan, het radiotherapeutisch instituut Maastrro Clinic (zie Backes & Jacobs, 2010; Simons 2014). Om de doorlooptijden te reduceren ging manager innovatie Huub Backes in 2001 op zoek naar manieren om dit te verwezenlijken. In 2002 vroeg hij CBO-adviseurs Marc Rouppe van der Voort en Stan Janssen om hem te helpen. Zij hadden ervaring met het verbeterprogramma ‘Werken zonder wachtlijst’, dat deels op lean principes was gebaseerd (Backes, Janssen & Rouppe van der Voort, 2004). Rond deze tijd omarmde Huub ‘lean’ en dan vooral ‘value stream mapping’, wat voor de hand ligt, gezien de nadruk op doorlooptijdverkorting en standaardisatie. In 2004-2005 ging lean bij Maastrro een volgende fase in, in de vorm van het ‘3-2-1 project’ (Backes & Jacobs, 2010). Daarmee wilden ze aantonen dat veiliger werken kan samen gaan met minder personeel.

In 2005 ging afstudeerder Sam Santbergen op zoek naar zorginstellingen die met lean waren begonnen (Benders & Santbergen, 2007). Hij vond er vier: de Reinier de Graaf Groep, het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis, NKI-AVL en het Diaconessenziekenhuis (Utrecht). In 2014 is alleen de eerste instelling lid van Lidz. Dat tekent wellicht de beginperiode: er werd geëxperimenteerd, maar uit die experimenten lijkt in drie van deze vier gevallen geen duurzaam veranderingsproces op gang te zijn gekomen. Mogelijk speelde het beeld ‘een patiënt is geen auto’ parten (Van Ede, 2008): grote delen van de zorg stonden destijds zeer gereserveerd tegenover dit uit de auto-industrie afkomstige concept.

In het Tilburgse Instituut Verbeeten kwam de beweging op gang, nadat in 2007 een nieuwe manager bedrijfsvoering was aangesteld die in het bedrijfsleven ervaring met lean had opgedaan (Naber & Belonje-Reijenga, 2010: hoofdstuk 9).

In het Universitair Medisch Centrum Groningen wordt sinds 2007 met Lean Six Sigma gewerkt (Van Ede, 2008; Trip, 2010), met voorlopers in het Rode Kruis Ziekenhuis en Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis (Van den Heuvel, 2007). Six Sigma richt zich, in termen van de principes van Womack en Jones, alleen op de laatste stap van continu verbeteren of, volgens critici, slechts op (projectmatig) verbeteren sec, met een sterke nadruk op statistische analyses. Maar in de praktijk treedt binnen veel zorginstellingen een vermenging op tussen lean en Six Sigma, omdat zij de verbetercultuur van lean nastreven, maar ook op zoek zijn naar harde cijfers in het analyse- en besluitvormingsproces.

Een gebeurtenis die achteraf van groot belang bleek te zijn voor de ontwikkeling van lean in de Nederlandse zorg was de aanstelling van Marc Rouppe van der Voort als innovatiemanager in het Tilburgse St. Elisabeth ziekenhuis in

2006, met als opdracht om na vijf jaar een duurzaam veranderde organisatie achter te laten. Hoewel hij in zijn CBO-tijd twijfels had of lean wel zou kunnen leiden tot duurzame organisatieverandering, was hij overstag gegaan toen hij zag hoe het door de werkvloer werd omarmd. Lean was inmiddels namelijk al op drie plekken en onafhankelijk van elkaar in het St. Elisabeth ziekenhuis gearriveerd: op de personeelsafdeling werd het in eerste instantie nog geen groot succes, maar bij neurologie en in het microbiologisch en immunologisch laboratorium des te meer (zie hoofdstuk 11). Deze ontwikkelingen vormden mooie aangrijpingspunten om lean intern verder te verspreiden (Roupe van der Voort et al., 2010; hoofdstuk 14). Het stimuleren van het leren over lean van interne en externe partners was daarbij een belangrijk speerpunt. Dit manifesteerde zich onder meer in het organiseren van symposia (vanaf 2008) en een blog (start 2009; <http://leandenkenindezorg.blogspot.nl>). De symposia en de blog zijn ook voor de buitenwacht toegankelijk, waardoor kennisuitwisseling en netwerkvorming binnen de zorg een impuls kregen. Via een afstudeerster kwam Marc in 2007 in contact met Jos Benders, inmiddels in Tilburg benoemd als deeltijdhoogleeraar. Uit dit contact groeide een samenwerkingsverband met het boek *Lean denken en doen in de zorg* (2010) als eerste breed zichtbare resultaat. Dit boek was nadrukkelijk bedoeld als ‘voor de praktijk, door de praktijk’. Achterliggend idee is dat zorgprofessionals pas overtuigd kunnen raken van de waarde van ‘lean denken en doen’ als andere zorgprofessionals laten zien dat het in de praktijk ook daadwerkelijk functioneert.

Ook in 2007 startte Achmea, 's lands grootste zorgverzekeraar, intern met het invoeren van lean (Lindeboom & Lijnkamp, 2012) onder de noemer van ‘SENS’. Naar aanleiding van de bereikte resultaten begon Achmea in 2009 lean bij de zorgverleners in zijn kernregio's uit te dragen. Voorlopers waren daarbij het Kennemer Gasthuis en de Isala klinieken. Maar Achmea zocht verbreding.

Oprichting netwerk en stichting Lean in de zorg

Na de verschijning van *Lean denken en doen in de zorg* werd Marc Roupe van der Voort door Robert van Schagen van Achmea benaderd (begin 2010). Achmea wilde beide initiatieven met elkaar verbinden en kon dat ook sponsoren met fondsen van de Stichting Achmea Gezondheidszorg. Dit leidde tot de oprichting van het netwerk Lean in de zorg, de voorloper van de huidige stichting Lean in de zorg. Deze werd officieel op 21 november 2011 opgericht. Haar doel luidt:

Zorginstellingen van elkaar te laten leren rondom het continu verbeteren van zorgprocessen met behulp van de lean principes. Het netwerk stelt zich daarvoor ten doel een leergemeenschap te vormen die transformatieprocessen helpt versterken, verdiepen, verankeren en indien nodig versnellen.

Hieruit spreekt duidelijk hoe lean binnen Lidz wordt opgevat, namelijk als continu verbeteren.

De groei van Lidz

Hoewel niet alle zorginstellingen die bezig zijn met lean ook deelnemen aan Lidz, lijkt het aantal deelnemers een goede indicatie te geven van de verspreiding van lean in de Nederlandse zorg. Behalve het Deventer Ziekenhuis, dat al jaren actief met lean aan de slag is, zijn er namelijk geen zorginstellingen bekend die wél serieus met lean werken, maar níet deelnemen aan Lidz. Tabel 2.1 geeft een overzicht van de groei van het aantal deelnemers van Lidz, zowel op organisatie- als op individueel niveau.

	Aantal organisaties	Aantal individuele deelnemers
1-1-12	40	400
1-1-13	46 (15 nieuwe en 9 uitschrijvingen)	720
1-1-14	57 (12 nieuwe en 1 uitschrijving)	1413

Tabel 2.1 Het aantal deelnemers van Lidz 2012-2014 (1 januari)

We zien in deze tabel dat er sprake is van een gestage nettogroei, van 40 zorginstellingen in 2012 via 46 in 2013 naar 57 in 2014. In 2012 vielen 9 organisaties af, maar kwamen er 15 bij. In het jaar daarna was er maar 1 afvaller, terwijl 12 nieuwe deelnemers werden verwelkomd. Dit suggereert behoorlijk wat variabiliteit in 2012 en een stabiele groei in 2013. Mogelijk heeft de invoering van een contributie per 1 januari 2012 ervoor gezorgd, dat alleen serieus geïnteresseerde zorginstellingen deelnemer bleven. Tevens blijkt dat per 1 januari 2014 bijna de helft van de deelnemers (27 van de 57) hooguit twee jaar aan Lidz is verbonden: de meeste van hen zitten waarschijnlijk in de beginfase van lean, zeker als het gaat om continu verbeteren.

Ingedeeld naar soorten zorginstellingen zijn er van de 57 deelnemers (2014) 40 ziekenhuizen (waarvan 38 Nederlandse), 15 care-instellingen en twee laboratoria. Als men bedenkt dat Nederland 88 ziekenhuizen kent, maar veel meer care-instellingen, is het wel duidelijk dat lean het sterkst leeft binnen ziekenhuizen (zie ook hoofdstuk 3). Opvallend is ook dat Van Boeijen, in 2012 nog

gezien als een voorloper binnen de care, inmiddels niet meer deelneemt aan Lidz, omdat men zegt klaar te zijn met het lean programma.

Nu zegt deelname op organisatieniveau op zichzelf niets over de mate waarin een organisatie actief met lean werkt. Wel kunnen we hier mogelijk iets over zeggen door te kijken naar het aantal individuele deelnemers binnen de zorginstellingen. Als de instelling zich als deelnemer heeft aangemeld, kunnen individuele medewerkers zich registreren via de website. Op individueel niveau waren er begin januari 2014 1413 personen (werkzaam in de genoemde 57 zorginstellingen) geregistreerd. Hoe meer individuele deelnemers per instelling, hoe breder lean binnen die instelling zal leven. Dat is temeer relevant voor continu verbeteren: dat moet juist een breed gedragen beweging zijn, wil het op afdelings- en instellingsniveau effect sorteren. Wel past hier een voorbehoud: de zorginstelling zelf speelt bij deze individuele aanmeldingen een grote rol. Immers, individuele medewerkers moeten wel op de hoogte zijn van de mogelijkheid om zich als deelnemer aan te melden. In sommige organisaties kunnen zorgprofessionals daartoe gestimuleerd worden, in andere kan besloten zijn om de individuele deelname voor te behouden aan een beperkte groep.

Begin 2014 is het gemiddelde aantal individuele deelnemers per instelling 25, waarbij niet is gekeken naar de instellingsgrootte. In ziekenhuizen is het gemiddelde 31, in de care 10 en in de twee laboratoria 9. Tabel 2.2 bevat nadere gegevens, uitgesplitst naar soort instelling.

Aantal deelnemers	Ziekenhuis	Chronische zorg (care)	Laboratorium	Totaal
>100	2	0	0	2
51-100	8	0	0	8
26-50	9	1	0	10
11-25	10	5	1	16
5-10	5	7	1	13
1-4	6	2	0	8
Totaal	40	15	2	57

Tabel 2.2 Aantal individuele deelnemers per Lidz-instelling (januari 2014)

Wat opvalt in deze tabel is de grote spreiding in het aantal individuele deelnemers per instelling. Zo zien we bij sommige instellingen dat slechts drie of vier mensen lid zijn en bij andere organisaties dat hele afdelingen zich via de website hebben aangemeld. Begin januari 2014 waren er maar 10 instellingen met meer dan 50 individuele deelnemers en maar 2 met meer dan 100 deelnemers. Veel groter is het aantal instellingen met hooguit tien

individuele deelnemers. Bij deze 21 deelnemers zitten 9 van de 15 deelnemende care-instellingen.

Uit een analyse naar de functies van 1546 individuele deelnemers (per 12 augustus 2014) blijkt dat 57% in de categorie 'Staf, administratie & secretariaat' werkt en 18% in het management. Het aantal zorgprofessionals is veel lager: 11% voor verplegend en verzorgend personeel en 6% is medisch specialist (c.q. in opleiding). Gezien de ambitie om lean naar de werkvloer, oftewel de 'Gemba', te brengen, lijkt hier nog een weg te gaan.

Leernetwerk Lidz

Gezien de doelstelling van dit netwerk 'voor en door de zorg' is het begrijpelijk dat er voornamelijk wordt geïnvesteerd in activiteiten gericht op het uitwisselen van ervaringen met continu verbeteren. Deze activiteiten hebben allemaal betrekking op het in contact brengen van individuen met kennis en vragen over continu verbeteren. De meest zichtbare uiting van het netwerk zien we in de vorm van een professioneel ontworpen website: www.lidz.nl. Inmiddels bevat deze site 2.600 documenten, waaronder verslagen, tools, cases, artikelen en discussiestukken. Daarnaast is er onder meer een forum om onderling informatie uit te wisselen, een agenda met aankondigingen van Lidz-activiteiten en een overzicht van deelnemers.

Vanaf 2011 wordt door en voor de leden een jaarcongres georganiseerd, met 250-350 congresgangers. Onderdeel hiervan zijn postersessies over verbeterprojecten bij de deelnemende instellingen. Ook populair zijn 'Gemba-walks' waar leden kennis kunnen maken met de praktijksituaties van andere zorginstellingen. Daarnaast is er drie keer een eigen opleiding Lean in de Zorg georganiseerd, met circa twintig cursisten per leergang. Netwerkvorming tussen de cursisten wordt gestimuleerd, opdat zij ook na afloop kennis blijven uitwisselen.

Kennisontwikkeling wordt gestimuleerd via onderzoek door twee Lidz-gefinancierde promovendi (Oskar Roemeling, Rijksuniversiteit Groningen, en Kjeld Aj, Vrije Universiteit Amsterdam; zie ook de hoofdstukken 11 en 15 en twee boeken: *Lean in de zorg; De praktijk van continu verbeteren* (Roupe van der Voort & Benders, 2012) en het boek dat u nu leest. Van *Lean in de zorg; De praktijk van continu verbeteren* en diens voorganger *Lean denken en doen in de zorg* (2010), zijn van beide meer dan drieduizend exemplaren verkocht.

Zoals herhaaldelijk benadrukt, staat continu verbeteren centraal in de visie van Lidz. Daarnaast vallen enkele andere boodschappen en accenten op. Ten eerste dat lean niet duurzaam uitwerkt als het primair wordt ingezet om te bezuinigen. Ten tweede heeft een aantal sprekers en auteurs van buiten de

zorg binnen Lidz veel invloed gehad. Denk bij deze ‘local heroes’ aan Dirk van Goubergen, Jeff Kaas (hoofdstuk 6), Kees Luttk (Scania) en Mike Rother (‘Toyota kata’).

Tot besluit

De door lean geïnspireerde veranderingen uit de beginperiode zijn nogal eens doodgebloed in de gezondheidszorg. Deze waren vaak beperkt van schaal en gericht op eenmalige, projectmatige verbeteringen. Soms lijkt dat ook de bedoeling te zijn geweest. Maar door enkele voorlopers (St. Elisabeth Ziekenhuis, Maastricht Clinic, Instituut Verbeeten) werd de basis gelegd voor een beweging die nog steeds groeit. Cruciaal in deze gevallen was de aanwezigheid van een bevlogen voorstander van lean, die erin slaagde lokale coalities te smeden om lean intern verder te verspreiden.

Op nationaal niveau kwam een dergelijke coalitie vanaf 2010 tot stand. De oprichting van de stichting Lean in de zorg in 2011 is het formele beginpunt daarvan. Cruciaal daarin is de dominantie van één element van lean: continu verbeteren. Lean wordt gezien als een permanente beweging zonder eindpunt. Met een scala aan activiteiten wordt die boodschap uitgedragen. Het nog steeds groeiende aantal deelnemers suggereert een toenemende belangstelling, al verdient het nader onderzoek om licht te werpen op de vraag hoe diep en breed continu verbeteren binnen de deelnemers van Lidz leeft. Duidelijk is wel dat de ziekenhuissector veel verder is dan de care sector. Ook is het aantal relatieve nieuwkomers groot. Enkele voorlopers hebben veel vooruitgang geboekt, maar gezien de omvang van de sector is er nog veel potentiële groei voor continu verbeteren in de Nederlandse zorg.

Inmiddels lijkt lean geaccepteerd in de zorg. “Een patiënt is toch geen auto” wordt nauwelijks meer gehoord. Sterker nog, de voorlopers worden inmiddels veelvuldig door het bedrijfsleven bezocht om van te leren. Een ander punt van vooruitgang lijkt het realisme te zijn waarmee lean wordt benaderd: men onderkent breed dat het invoeren van continue verbetering niet gemakkelijk is en dat het ook geen soort Haarlemmer wonderolie voor de Nederlandse zorg is. Verder is er een bewustzijn dat lean te gemakkelijk als bezuinigingsinstrument kan worden ingezet; er wordt voor gewaakt dat te doen. Deze boodschappen zijn vanaf het begin door Lidz uitgedragen en lijken effect te hebben gehad.

Over de auteurs

Jos Benders is als gasthoogleraar verbonden aan het Centrum voor Sociologisch Onderzoek van de Katholieke Universiteit Leuven.

Marlieke van Grinsven is promovenda bij de afdeling Management en Organisatie (FEWEB) van de Vrije Universiteit Amsterdam.

Stefan Heusinkveld is universitair hoofddocent bij afdeling Management en Organisatie (FEWEB) van de Vrije Universiteit Amsterdam.

Referenties

- Backes, H. & Jacobs, M. (2010). Lean in de Maastricht Clinic: gestaag richting 'true North'. In: J. Benders, M. Rouppe van der Voort & B. Berden (red.), *Lean denken en doen in de zorg; Acht verhalen uit de praktijk* (pp 35-42). Den Haag: Boom Lemma.
- Benders, J. & Santbergen, S. (2007). 'Lean' in Nederlandse ziekenhuizen; Een overzicht van eerste ervaringen. *M&O*, 61(2), 36-47.
- Ede, J. van (2008). Een patiënt is geen auto. *Medisch Contact*, 63(20), 849-851.
- Graban, M. (2012). *Lean Hospitals; Improving Quality, Patient Safety, and Employee Engagement* (tweede druk). Boca Raton/Londen/New York: CRC Press.
- Heuvel, J. van den (2007). *The effectiveness of ISO 9001 and Six Sigma in Healthcare*. Alphen aan den Rijn: Beaumont Quality Publications.
- Hoorn, J.W. & Schaik, F. van (1994). De toepasbaarheid van lean production in de gezondheidszorg. *ZM Magazine*, 10(3), 2-6.
- Lindeboom, J. & Lijnkamp, B.J. (2012). Samen Effectief Naar Succes. In: M. Rouppe van der Voort & J. Benders (red.), *Lean in de zorg; De praktijk van continu verbeteren* (pp. 75-88). Den Haag: Boom Lemma.
- Rouppe van der Voort, M. & Benders, J. (red.) (2012). *Lean in de zorg; De praktijk van continu verbeteren*. Den Haag: Boom Lemma.
- Rouppe van der Voort, M., Wiegersma, W., Caron, J., Kabel, P., Laar, A. van de, Veraart, H. & Nijssen, P. (2010). Lean denken als duurzame ontwikkeling: innovatie bedrijfsvoering in het St. Elisabeth Ziekenhuis. In: J. Benders, M. Rouppe van der Voort & B. Berden (red.), *Lean denken en doen in de zorg; Acht verhalen uit de praktijk* (pp. 19-33). Den Haag: Boom Lemma.
- Simons, P. (2014). *Evaluating a lean healthcare transition in a radiotherapy clinic*. Proefschrift Universiteit Hasselt.

- Womack, J.P. & Jones, D.T. (1996). *Lean Thinking; Banish Waste and Create Wealth in Your Corporation*. New York: Simon & Schuster.
- Womack, J.P., Jones, D.T. & Roos, D. (1990). *The Machine that Changed the World*. New York: Rawson Associates.